CHAPITRE 2 : APPROCHE CLINIQUE ET SEMIOLOGIE QUANTITATIVE

L'**approche clinique** consiste à résoudre des problèmes de santé des patients en suivant une démarche partant des données d'anamnèse et de l'examen clinique, et en intégrant les examens complémentaires (en tenant compte des données de la recherche clinique et fondamentale). La **sémiologie quantitative** étudie la valeur diagnostique et pronostique des signes cliniques.

DÉMARCHE CLINIQUE

3 objectifs de la démarche clinique (DC)

- Objectif **diagnostique** : spécifier la problématique de santé.
- Objectif **pronostique** : prédire l'évolution (court, moyen, long terme)
- Objectif **thérapeutique** : choisir un traitement et/ou une surveillance.
- Sans oublier l'objectif **RELATIONNEL** : lien de confiance, expliquer la problématique de santé et sa prise en charge (Sdd 352). (+/- objectif personnel de satisfaction).

DC en médecine générale (Exemple de l'infection respiratoire basse)

1. Exclure une **urgence**.
   Ex : une pneumonie bactérienne avec détresse respiratoire.
2. Envisager les **hypothèses** les plus probables.
   Ex : Grippe, bronchite aiguë virale, pneumonie bactérienne, Covid-19.
3. Chercher des **éléments cliniques en faveur ou en défaveur** des hypothèses initiales.
   Ex : en faveur d'une infection virale : pas de vaccin, contact récent avec un malade, douleurs musculosquelettiques diffuses. / En défaveur d'une pneumonie bactérienne : absence d'anomalie à l'auscultation pulmonaire, saturation pulsée en oxygène normale en air ambiant
4. Demander des **examens complémentaires** si nécessaire. (Sdd 178)
   Ex : pas indiquée ici en l'absence d'autre critère de pneumonie bactérienne.
5. Proposer un **traitement** si nécessaire.
Ex : si virus respiratoire suspecté ici, traitement symptomatique seul.
6. Surveiller l'**évolution**, donner des **consignes** en cas d'évolution défavorable. Savoir réévaluer une situation en cas d'évolution différente de celle attendue (Sdd 354).
   Ex : Consignes de reconsulter si aggravation ou persistance des symptômes > 5 jours.

DC : schéma synthétique

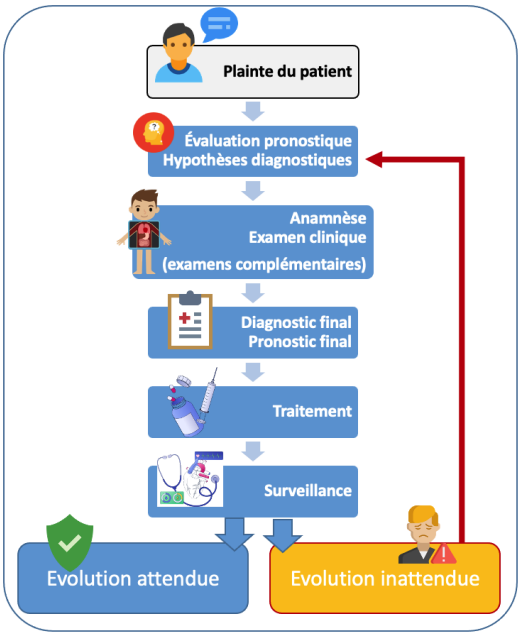


Figure : Démarche clinique

→ Dans l'urgence, un traitement est souvent mis en place avant la confirmation du diagnostic.
→ Même en dehors de l'urgence, certaines situations nécessitent la mise en place d'un traitement avant la confirmation du diagnostic : traitement symptomatique de la douleur, test thérapeutique (traitement d'épreuve).

Hypothèses diagnostiques

- **Plusieurs hypothèses** peuvent être formulées à partir de la plainte du malade et de son examen clinique. Les hypothèses sont formulées pour optimiser la démarche diagnostique avec 3 logiques complémentaires :
  - Logique **probabiliste** : considérer systématiquement les diagnostics les plus fréquents.
  - Logique **pronostique** : considérer les diagnostics les plus graves suffisamment précocement pour éviter les pertes de chance.
  - Logique **pragmatique** : considérer les diagnostics entrainant un traitement avec un bon rapport bénéfice/risque.

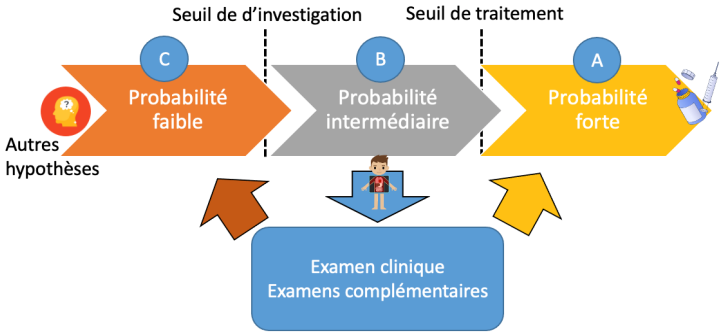
- Les 3 considérations sont à intégrer à la démarche diagnostique.

*- Exemple de **l'hypothèse coronaire** devant une douleur thoracique épisodique en médecine générale : Une maladie coronaire peut être exclue par le médecin généraliste devant une douleur thoracique si :*

- *Le patient a < 55 ans (homme) ou < 65 ans (femme), et n'a pas d'antécédent cardiovasculaire.*
- *La douleur n'est pas augmentée à l'effort.*
- *Le patient n'a pas le sentiment qu'elle est d'origine cardiaque.*
- *La douleur thoracique est reproduite à la palpation.*

Décision diagnostique et thérapeutique

- Lors de la démarche diagnostique, la probabilité d'une hypothèse se modifie. Au-delà d'un certain seuil de probabilité, le traitement peut être débuté (**seuil de traitement**). À l'inverse, en dessous d'un certain seuil, l'hypothèse va être rejetée (**seuil d'investigation**). Entre ces deux seuils, la démarche doit se poursuivre avec notamment la prescription d'examen complémentaire (Sdd178).



A : lorsque la **probabilité est forte**, au-dessus du seuil de traitement, le diagnostic est admis et le **traitement** débuté.
B : lorsque la **probabilité est intermédiaire**, il faut compléter l'examen clinique ou réaliser des **examens complémentaires** pour faire passer la probabilité au-dessus du seuil de traitement ou en dessous du seuil d'investigation.
C. lorsque la **probabilité est faible**, en dessous du seuil d'investigation, le diagnostic est rejeté et **d'autres hypothèses sont envisagées**.

- Certains signes sont dits **pathognomoniques**. C'est-à-dire que leur présence à elle seule permet de confirmer le diagnostic (exemple du signe de Köplik dans la rougeole).
- Rarement, l'absence d'un signe peut suffire à éliminer un diagnostic.
- La recherche de ces **signes affirmant ou excluant** une maladie est particulièrement rentable.
- La démarche diagnostique se fait en condition d'incertitude. L'approche clinique permet d'émettre des paris diagnostiques raisonnables. La sémiologie quantitative vise à formaliser cette démarche.

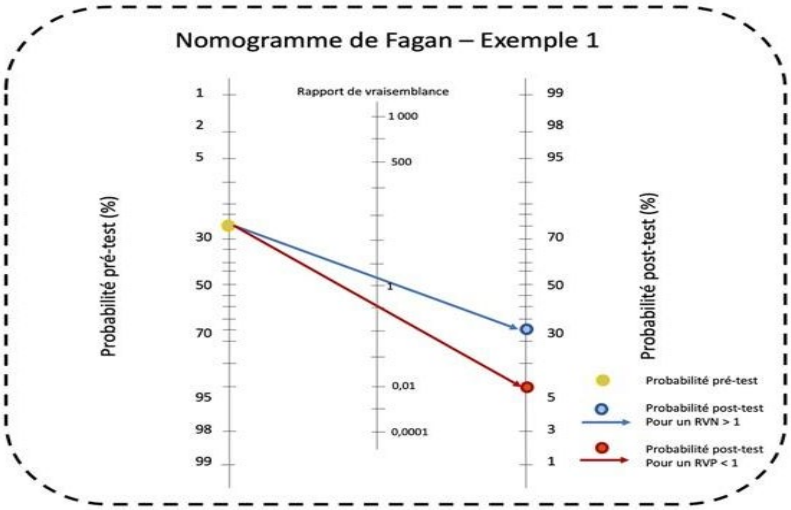
SÉMIOLOGIE QUANTITATIVE

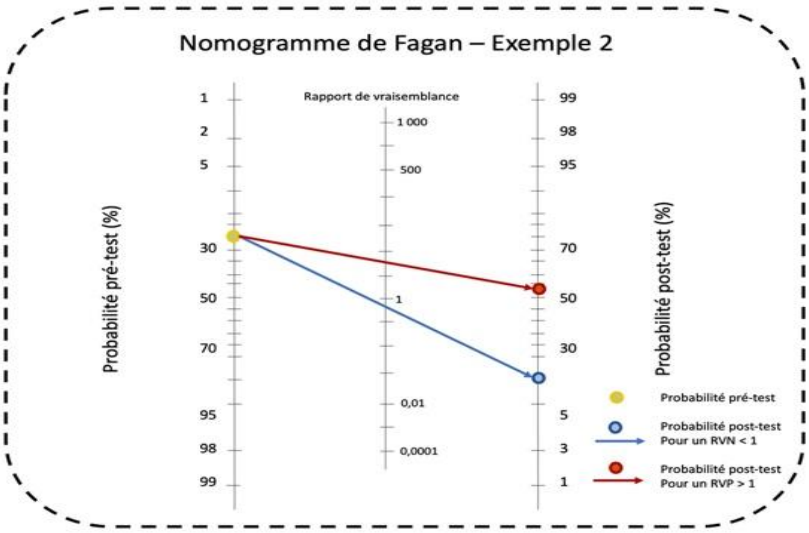
Propriétés diagnostiques des signes cliniques

- Le rapport entre un signe clinique et la maladie désignée est représenté dans un **tableau de contingence** :

TABLEAU DE CONTINGENCE			
	Malade	**Non-malade**	
Signe **présent**	Vrais positifs (VP)	Faux positifs (FP)	VP + FP
Signe **absent**	Faux négatifs (FN)	Vrais négatifs (VN)	FN + VN
	VP + FN	FP + VN	

- La **sensibilité** : fréquence du signe chez le malade : **Sn = VP/(VP+FN)**
- La **spécificité** : fréquence de l'absence du signe chez le non-malade : **Sp = VN/(VN+FP)**
- Le signe **pathognomonique** a une Sp à 100 % = VN/(VN+0).
- Un signe avec Sn à 100 %, permet d'exclure une maladie en cas d'absence car FN=0.
- Les signes ne sont la plupart du temps ni parfaitement spécifique ni parfaitement sensible. Leur présence/absence modifie la probabilité de la présence de la maladie. En anglais on parle de **SpPIn** (signe spécifique : s'il est présent il augmente la probabilité de la maladie (In)) et **SnNOut** (signe sensible : s'il est absent/négatif, il diminue la probabilité de la maladie (Out)).
- **Rapport de vraisemblance** : quantifie l'impact d'un signe sur la probabilité d'une maladie.
  - **Rapport de vraisemblance positif** (RVP) : fréquence du signe chez les malades divisée par fréquence du signe chez les non-malades. **RVP = Sn/(1-Sp)**
  - **Rapport de vraisemblance négatif** (RVN) : Fréquence de l'absence du signe chez les malades divisée par la fréquence de l'absence du signe chez les non-malades. **RVN=(1-Sn)/Sp**
- La présence d'un signe augmente la probabilité de la maladie si RVP > 1, et la diminue si RVP < 1.
- L'absence d'un signe augmente la probabilité de la maladie si RVN > 1, et la diminue si RVN < 1.
- **Le nomogramme de Fagan** permet de connaître, à partir d'une probabilité initiale (pré-test) et d'un rapport de vraisemblance, la probabilité (post-test).





Gradation des signes cliniques

- Les signes fonctionnels et les signes physiques peuvent avoir des intensités différentes.
- La dyspnée intense chez un insuffisant cardiaque n'a pas les mêmes conséquences (notamment sur le pronostic) qu'une dyspnée modérée (Cf Classification HYHA)
- Un souffle cardiaque intense témoigne d'une anomalie valvulaire, alors qu'un souffle peu intense peut être banal (cf Échelle de LEVINE modifiée par CONSTANT).

Classification de la dyspnée – NHYA	
I	Dyspnée pour efforts inhabituels
II	Dyspnée pour efforts importants de la vie courante
III	Dyspnée pour efforts modestes de la vie courante
IV	Dyspnée de repos
Grade de souffles cardiaques (LEVINE modifié par CONSTANT)	
1	Faible intensité, auscultation attentive
2	Intensité moyenne
3	Intensité forte, immédiatement entendue, sans frémissement
4	Intensité forte, immédiatement entendue, avec frémissement
5	Intensité forte entendue avec la tranche du pavillon du stéthoscope sur la poitrine
6	Intensité très forte, entendue avec le pavillon décollé de la poitrine, ou sans stéthoscope

Reproductibilité des signes

- Les signes doivent être observés de manière reproductible. Les signes dont l'appréciation est subjective sont à éviter. Les échelles sont d'autant plus utiles que la cotation est reproductible, et donc bien précise.

Scores diagnostiques

- Les **scores diagnostiques** représentent une partie de la sémiologie quantitative. La combinaison des signes permet de faire le score. Cette combinaison permet d'avoir un rapport de vraisemblance négatif très proche de zéro et donc d'exclure l'hypothèse diagnostique.